

Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas





Instituto Nacional
de Salud Pública

Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas

RESUMEN • EJECUTIVO

**Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas.
Resumen ejecutivo**

Primera Edición, 2011

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

ISBN: 978-607-7530-97-8

Proyecto financiado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y
Seguridad Social SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT 087123

Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Responsable:
Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Equipo de trabajo:
Dra. Ma. Guadalupe Ruelas González
Dra. Hortensia Reyes Morales
Mtro. Sergio Meneses Navarro
Mtra. Alejandra Amaya Castellanos

Coordinación editorial:
Mtro. Víctor Becerril Montekio y Mtro. Juan Francisco Molina R.

Fotografía de la portada:
Siriamé rarámuri, máxima autoridad tradicional de Tecorichi.
Municipio de Balleza, Chihuahua, 2009

Contenido

Principales hallazgos y recomendaciones	5
1. Antecedentes	9
2. Metodología	11
3. Resultados	13
3.1 Percepción de adultos mayores de Quintana Roo	15
3.2 Percepción de adultos mayores de Chihuahua	17
3.3 Percepción de adultos mayores de Guerrero	19
3.4. Percepción de los prestadores de servicios de salud	21
4. Modelo de atención	23
Referencias	29

Principales hallazgos y recomendaciones

Para la construcción del modelo se tomaron en cuenta de forma integral: la perspectiva de los prestadores de servicios de salud (institucionales y tradicionales), la perspectiva de los adultos mayores indígenas (hombres y mujeres), la información del contexto (observación), el análisis de modelos previos y la revisión documental. El estudio se realizó en la región norte (Chihuahua, grupo tarahumara), la región centro (Montaña de Guerrero, grupo nahua) y la región sur (Quintana Roo, grupo maya).

Recursos en salud

Hallazgo

Las unidades de salud observadas para dar atención a población indígena son escasas en las tres regiones del estudio.

Recomendaciones

- Desarrollar estrategias de acercamiento a las comunidades indígenas, adecuadas a las características geográficas propias de su ubicación, así como programas que permitan satisfacer sus necesidades con oportunidad y equidad.
- Probar nuevos esquemas de atención, con enfoque intercultural, que procuren un mayor beneficio a estas poblaciones.

Hallazgo

Hay un importante problema de falta y permanencia de recursos humanos; médicos y enfermeras no trabajan tiempo completo en las unidades de salud.

Recomendación

- Fomentar un programa de incentivos a nivel federal y estatal para que los prestadores se vean motivados a prestar sus servicios en comunidades indígenas de difícil acceso.

Hallazgo

El principal obstáculo que enfrenta la población en su búsqueda de atención es la falta de una lengua común.

Recomendaciones

- Promover que los prestadores de servicios que atiendan a población indígena reciban apoyo adicional para aprender la lengua indígena del lugar, de manera que se facilite la comunicación.
- Capacitar a personal de las propias comunidades como promotores de salud que puedan fungir como enlace entre los médicos y enfermeras y la población en virtud de su comprensión tanto de la lengua como de la cultura propia de la comunidad.
- A mediano y largo plazo, establecer estrategias para que jóvenes indígenas -varones y mujeres- originarios de las regiones en cuestión estudien carreras técnicas y universitarias en áreas de la salud (medicina, enfermería, odontología, especialidades clínicas, nutrición, etc.).

Hallazgo

El esquema de atención en los centros de salud referidos por los informantes no incorpora ningún tipo de adecuación intercultural; la organización de la prestación del servicio funciona exactamente igual que en cualquier otro centro en comunidades no indígenas.

Recomendaciones

- Los servicios de salud en comunidades indígenas deben organizarse con un enfoque intercultural que parta del reconocimiento de los saberes y prácticas tradicionales relativos a la salud.
- Es importante hacer participar a las propias poblaciones, quienes deben asumir responsabilidades en los programas y servicios que afectan su salud y trabajar estrechamente con los sistemas de salud existentes.

Hallazgo

Los carteles oficiales que se utilizan para la promoción de la salud en estas poblaciones no tienen adecuación intercultural, por lo que los mensajes no llegan a la población objetivo.

Recomendación

- Desarrollar una estrategia intercultural de comunicación que promueva la salud basada en carteles con imágenes vinculadas al contexto o audios en lengua indígena para facilitar la comprensión por parte de la población, que es analfabeta. Esto favorecería la comunicación entre los prestadores y la población y tendría un impacto en la utilización de estos servicios.

Hallazgo

Faltan especialistas para la atención médica de los adultos mayores en estas comunidades indígenas.

Recomendación

- Apoyar la formación de geriatras y gerontólogos en número suficiente para enfrentar el acelerado proceso de envejecimiento de la población que estamos registrando, pues cada vez se demandará más la intervención de estos profesionales.

Necesidades de salud

Hallazgo

Los adultos mayores vinculan sus padecimientos (por ejemplo de la vista, el oído, gastrointestinales) a su edad; esta naturalización retrasa su atención, y convierte esos padecimientos en enfermedades crónicas que debilitan su estado de salud.

Recomendación

- Implementar una vigilancia cercana y permanente para este grupo poblacional que permita aplicar acciones terapéuticas oportunas y evite que los problemas de salud que pudieran responder a tratamientos específicos se compliquen.

Hallazgo

Los médicos tradicionales representan la primera opción de atención a sus problemas de salud para los adultos mayores; la afinidad cultural es la principal razón.

Recomendación

- Promover el diálogo intercultural y prácticas de colaboración, en un marco de respeto, entre estos recursos y los prestadores institucionales de servicios de salud, a través de un esquema formal que reconozca su trabajo y les garantice recursos materiales necesarios para su práctica.

I.

Antecedentes

México, al igual que muchos países en el mundo, está viviendo un acelerado proceso de envejecimiento de su población (Partida, 2001; CONAPO, 2008). No obstante, el envejecimiento es un proceso que no puede ser caracterizado de igual forma para toda la población de 60 o más años. Para estar en condiciones de hacer frente a este acelerado crecimiento es necesario distinguir este proceso de acuerdo a los contextos territoriales –rural y urbano–, así como entre los diferentes perfiles poblacionales: indígena y no indígena.

Hoy en día, México registra un serio rezago en materia de salud de los pueblos indígenas con respecto al resto del país. Algunos indicadores son muestra de ello, como la esperanza de vida, cuya diferencia entre los estados de mayor y menor desarrollo llega a ser hasta de 10 años; en el caso de las poblaciones indígenas, esta esperanza apenas supera los 65 años, según lo refiere el Plan Nacional de Salud 2007-2012. Únicamente el 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud, y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades (Secretaría de Salud, 2006), con el consecuente incremento de los riesgos de enfermar y morir.

Un problema adicional que contribuye a deteriorar aún más la dañada situación de salud de la población indígena es que los programas en salud existentes no suelen tomar en consideración la condición étnica como factor diferencial para el diseño de acciones concretas, y muchas veces por esta causa se produce un desencuentro entre la oferta y la demanda. En otras palabras, la población no se identifica con el modelo de atención que se le ofrece y por ende en su búsqueda de atención recurre a otras alternativas más acordes con su cosmovisión, usos y costumbres, sin llegar a beneficiarse de los avances en materia de prevención, diagnóstico y terapéutica del modelo científico.

Esto es lo que desde los sistemas de salud se ha identificado como barreras culturales (DEGPLADES, 2006) en la que se incluye como causales la falta de una lengua común y las propias nociones de salud y enfermedad que suelen ser diferentes.

Datos demográficos como los del censo de población del 2000 (INEGI, 2000) identifican una mayor proporción de viejos entre los grupos indígenas (7.6%) en comparación con la proporción calculada para el total de la población (7.3%)

(CDIa, 2006: 14), lo que hace que esta problemática se magnifique pues este indicador, calificado como el más significativo para evaluar el avance del proceso de envejecimiento demográfico (CELADE, 2006), calcula una media superior a la nacional. Dicho de otro modo, este proceso de envejecimiento está ligeramente más intensificado en la población indígena.

De este panorama se desprende la necesidad de ensayar nuevos esquemas de atención para población adulta mayor indígena, tomando en cuenta las características socioculturales y necesidades particulares de esta población. El desarrollo de un modelo de atención a la vejez indígena ha sido recomendado por algunos autores que han investigado la especificidad de este proceso enmarcada en una perspectiva etnogerontológica; un modelo con estas características debe partir del conocimiento de contextos específicos que permitan identificar necesidades y delinear acciones, pues los esquemas generales podrían no tener el éxito deseado debido a que el proceso de envejecimiento en la población es heterogéneo (Reyes, 2001).

El desarrollo de estrategias de atención para las necesidades de salud de una población que envejece con características específicas y que tiene un perfil sociodemográfico y cultural igualmente específico, como es el caso de los grupos indígenas, demanda la incorporación de una perspectiva intercultural, entendida como la relación entre culturas diferentes que promueve la comprensión mutua y propicia la comunicación (DGPLADES, 2006). De esta manera los recursos humanos y materiales y las acciones en salud desarrollados desde el modelo de la medicina alópata pueden enriquecerse de los conocimientos y prácticas derivados de la medicina tradicional y viceversa, potenciando un impacto positivo sobre la salud de la población.

Partiendo de este marco, un equipo del Instituto Nacional de Salud Pública se propuso identificar un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que respondiera a las necesidades de las y los indígenas adultos mayores de 60 años, desde el punto de vista de los prestadores de servicios de salud, institucionales y tradicionales, y de los propios adultos mayores indígenas. El presente documento resume los principales resultados de este estudio y describe el modelo propuesto.

2. Metodología

La estrategia metodológica empleada fue un diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas. Esta estrategia se complementó con una descripción etnográfica encaminada a la caracterización del contexto estructural de las comunidades de manera que esta información permitió ubicar la viabilidad del modelo de atención identificado, además de una revisión documental sobre algunos indicadores sociodemográficos pertinentes y modelos ya existentes para poblaciones indígenas.

Comunidades de estudio

De acuerdo a las regiones indígenas identificadas en el país (CDIb, 2006), así como a la densidad de población adulta mayor indígena en esas regiones (CDIa, 2006) y el número de municipios indígenas y con presencia indígena (CDIb, 2006), se propuso Chihuahua para la región norte del país identificada como Tarahumara, Guerrero para la región centro identificada como Montaña de Guerrero y Quintana Roo para la región sur identificada como Maya. Trabajando respectivamente con los grupos étnicos mayoritarios en cada región: tarahumara, náhuatl y maya. A estas regiones corresponden municipios de alta y muy alta marginación (CDIa, 2006).

De acuerdo al lugar que ocupan en el contexto estatal respecto a su grado de marginación (primeros 10 lugares) (CONAPO, 2005), al porcentaje de la población que vive en localidades rurales de menos de 5000 habitantes, la densidad de población indígena y la cercanía geográfica, se ubicaron en Chihuahua los municipios de Guachochi y Balleza; en Guerrero, los municipios de Atlixac y Zitlala; en Quintana Roo, los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos.

Trabajo de campo y técnicas de levantamiento de información

Se realizó una visita de reconocimiento a cada uno de los municipios seleccionados para el estudio, con el fin de establecer contactos y planificar la logística específica del levantamiento de información.

Se trabajó en las cabeceras municipales y cuando fue posible también en alguna localidad del municipio para tener un panorama más completo sobre la situación de salud de la región. Se llevó a cabo una práctica de observación no participante en cada lugar que a través de una guía identificó las principales características del contexto, tanto en términos físicos como culturales. En esta guía se incluyó el reconocimiento de recursos de atención a la salud formales e informales, centros

de salud o servicios relacionados, y servicios públicos con los que se contaba en la localidad.

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada para los adultos mayores indígenas de los diferentes municipios, orientada a la identificación de sus principales necesidades de salud, así como a la caracterización de los recursos de atención con los que contaban en las localidades indígenas.

La mayoría de los informantes fueron hablantes de lengua indígena, por lo que para la realización de las entrevistas se contó con el apoyo de traductores de las respectivas localidades. Para todas las entrevistas se solicitó consentimiento informado. Todas las entrevistas fueron audiograbadas y posteriormente transcritas para su codificación y análisis.

Donde fue posible, se entrevistaron profesionales de la salud que prestaban sus servicios en centros de salud de cada región. Se identificaron médicos tradicionales por región, quienes también fueron entrevistados con el apoyo de los traductores por ser hablantes de lengua indígena.

Como estrategia adicional para complementar la información se realizaron siete entrevistas a informantes clave, estos fueron investigadores de distintas instituciones del país con experiencia de trabajo con indígenas, así como responsables y colaboradores de programas sociales dirigidos a estos grupos.

El proyecto contó con las aprobaciones de las comisiones de ética e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

3. Resultados

En el siguiente cuadro se muestran algunos indicadores sociodemográficos de los lugares de estudio.

Cuadro 1
Indicadores sociodemográficos de los lugares del estudio, 2005

Dato a analizar	CHIHUAHUA		GUERRERO		QUINTANA ROO	
	Guachochi	Balleza	Atlixnac	Zitlala	F. Carrillo Puerto	J.M. Morelos
Población total	45 881	16 235	23 371	19 718	65 373	32 746
% Población analfabeta de 15 años o más	31.11	32.45	48.12	41.94	18.98	16.98
% Población sin primaria completa de 15 años o más	54.87	58.55	66.54	60.28	34.25	36.83
% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario	41.47	36.55	48.14	20.91	38.30	33.60
% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	57.61	38.70	17.07	3.22	6.52	6.80
% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	62.42	64.58	54.78	70.08	4.26	1.75
% Viviendas con algún nivel de hacinamiento	59.76	50.68	75.88	73.27	70.78	70.84
% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	61.93	54.05	82.00	70.61	31.30	21.50
% Población en localidades con menos de 5 000 habitantes	73.01	100.0	100.0	71.62	67.07	68.17
% Población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos	43.79	46.11	90.20	89.50	68.09	74.03
Índice de marginación	1.92	1.634	2.59	1.87	0.37	0.311
Grado de marginación	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Alto	Alto

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005 y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2005 (IV Trimestre).

Atlixac y Balleza, son los municipios con menor índice de desarrollo humano entre los seis del estudio. El mejor lugar de acuerdo a este índice lo ocupa José María Morelos y el último lugar de estos municipios, Atlixac (ocupa el número 25 entre los municipios con menor índice de desarrollo). El índice más bajo de salud lo tiene Guachochi en Chihuahua y el más bajo de educación lo tiene Atlixac, en Guerrero.

Recursos para la salud

Cuadro 2
Recursos para la salud en los lugares del estudio, 2007

Dato a analizar	Guachichi	Balleza	Atlixac	Zitlala	F. Carrillo Puerto	J.M. Morelos
Médicos en contacto con pacientes ⁱ (2007)	54	15	14	10	90	38
Unidades médicas	11	7 ⁱⁱ	12	7	36	25
Médicos:						
-adscritos	16	7	11	6	64	168
-en formación	5	2	2	4	12	22
Enfermeras	9	6	19	10	101	205
Consultorios	9	5	15	8	53	99
Camas	0	0	5	2	46	81
Quirófanos	0	0	0	0	3	6
Salas partos	0	0	6	4	1	2
Incubadoras	0	0	0	0	2	4

Fuente SINAIS; SSA

ⁱ Médicos en contacto con pacientes, incluye médicos de las unidades de salud de instituciones públicas, adscritos y en formación.

ⁱⁱ Una unidad sin recursos.

El municipio menos favorecido en términos de recursos para la salud es Balleza; aunque en él se registra igual número de unidades médicas que para Zitlala y al igual que en Atlixac, Zitlala y Guachochi no se registran quirófanos e incubadoras; adicionalmente se observa la carencia de recursos materiales como camas y salas de parto. Hay que considerar que estos datos corresponden a las cabeceras municipales a las que pertenecen las comunidades de estudio, de manera que el escenario para éstas podría ser todavía más limitado, pero no hay datos públicos desglosados para las seis comunidades.

3.1. Percepción de los adultos mayores de Quintana Roo - Grupo maya

Bienestar

Hubo dos percepciones diferenciales respecto al estado de bienestar, por un lado los que consideran que no es muy buena debido a que padecen de molestias no especificadas, que los médicos no han podido identificar, de manera que no tienen un tratamiento para disminuirlas. En el mismo sentido y aunque no reportan enfermedades crónicas diagnosticadas, sí mencionan, por ejemplo, que se sienten débiles, condición que describen precisamente como crónica por el tiempo prolongado que la han padecido, lo que hace que consideren que tiene un mal estado de salud:

- *Y ¿cómo se ha sentido aborita?*
- *Que sí se siente enfermo*
- *¿De qué se enferma?*
- *Es debilidad*
- *Debilidad, ¿a qué cree que se deba?*
- *Que no, no sabe...*
- *No sabe; ¿es algo temporal o de mucho tiempo que se siente así, débil?*
- *Es de mucho tiempo*

Las enfermedades que reportan las mujeres difieren del perfil epidemiológico para adultos mayores en el país. Su principal padecimiento es la pérdida de la vista, seguido de dolores de cabeza, espalda, piernas y enfermedades gastrointestinales, estas últimas probablemente debidas a que el agua no es potable.

Las raíces culturales dan explicación a los padecimientos: indican que sus padecimientos son debidos a los malos vientos, al paso del tiempo (refiriéndose a la época de calor y de huracanes). Existen otros síntomas como tos, sensación de falta de aire (que ellos refieren como asma) y flemas, que también mencionaron y que relacionaron con el clima.

Por otro lado, hubo adultos mayores que dijeron gozar de buena salud aunque refrieron también la presencia de tos y fiebre. La diferencia respecto a los anteriores es que estas condiciones no les generan preocupación, y las vinculan a los cambios de temperatura.

Un padecimiento que fue comúnmente referido fue problema en los oídos, particularmente algún grado de sordera. También mencionaron malas experiencias

con los servicios de salud, vinculadas a una atención deficiente. Asimismo señalaron problemas de vesícula, con perfil crónico de varios años, que se acentúan cuando comen algo irritante y que llegan a afectar también la visión.

Atención

Ante los problemas de salud que presentan, los adultos mayores acuden a los servicios de salud en primera instancia, y cuando no resuelven su problema ahí, consultan a médicos privados, aunque en ningún caso se trata de especialistas en el área geriátrica y/o gerontológica.

Una opción también disponible para los adultos mayores en su comunidad son los llamados hierbateros (menes), que son médicos tradicionales que curan a base de hierbas y a quienes consultan cuando el médico alópata no puede resolver sus problemas de salud, no obstante reconocer que el hierbatero tiene un poder mayor.

“Que cuando a veces no le cura el doctor, siempre va con el hierbatero porque es más, él más cura las enfermedades que, que porque tiene el poder directo del cielo.

-¿Acude al médico privado?

- No.

-¿Acude al centro de salud?

- Que sí va de vez en cuando.

-¿Cómo le atienden ahí?

- Pues que le atienden muy bien, pero que no hay remedio para él.”

Lo común es que acudan al médico alópata primero y como segunda opción al hierbatero. No obstante, a veces esta decisión depende más de su capacidad económica, pues en el centro de salud no les cobran, y los servicios del hierbatero sí los tienen que pagar. La cercanía puede ser otro factor que influye en esta decisión.

En ocasiones ambas opciones, el médico alópata y el hierbatero, son consultados al mismo tiempo, pero se establece una diferenciación del tipo de padecimientos que cada uno puede curar:

“ Bueno, a veces pienso ir [al curandero], porque una vez pues me dolía mi cabeza y [se me] empezó a quitar mi vista.

- ¿Con el dolor de cabeza se empezó a ir la vista?

- Pues ahorita pues ya [sentía] más como humo [se refiere al efecto que experimenta su vista]. Pienso que es este espíritu malo, lo pegó en mi cabeza.

-¿Usted piensa que un espíritu?

- El difunto de su abuela [que] pegó en su cabeza, [y] empezó el dolor [traductor].

- Porque el curandero con la hierba se llama [sichca]. Lo pega a su cabeza.

-¿Para sacar el espíritu?

- Sí ese espíritu malo, lo quita.

Cuando los adultos mayores presentan alguna enfermedad grave que no puede ser atendida en el centro de salud, son remitidos a la cabecera municipal, asumiendo

ellos o la familia el gasto que este traslado representa. En ocasiones venden sus animales, como gallinas o puercos, para poder cubrir este gasto.

Obstáculos para la atención

Cuentan con un Centro de Salud, siendo el principal problema el idioma, debido a que los médicos no hablan lengua maya y requieren del apoyo de algunas enfermeras(os) y principalmente de personas de la comunidad que hablen un poco más el español para traducir. Es probable que este problema dificulte la relación médico paciente, ya que refieren malos diagnósticos (corregidos, en opinión de las personas, por los médicos particulares), escasez de medicamentos, largos tiempos de espera bajo el rayo de sol (a pesar de acudir por alguna urgencia), malos tratos y falta de personal que atienda en horario continuo, como bien dicen los adultos mayores:

“ (...) en años pasados no [había nadie en el centro de salud después de las tres de la tarde], por eso necesita unos doctores auxiliares, aunque sea para atender cualquier hora, porque la enfermedad no sabemos en [qué momento se presente], a qué hora, no tiene hora, no tiene día.”

Los hierbateros, al ser personas de la misma comunidad, suelen hablar en la lengua local lo que facilita la comunicación con ellos. Sin embargo, los costos van desde \$50 hasta \$2000, dependiendo del tipo de padecimiento que tienen que curar, lo que hace que ellos prefieran el centro de salud porque “lo regañan, pero no le cobran”.

Los gastos que tienen los adultos mayores en medicamentos se ubican en un rango entre \$130 y \$800; el centro de salud les da algunos gratuitos, pero mencionan que compran otros porque consideran que éstos son insuficientes y aquéllos son mejores.

3.2. Percepción de los adultos mayores de Chihuahua - Grupo tarahumara

Bienestar

Los adultos mayores perciben un buen estado de bienestar, al mismo tiempo que mencionan enfermarse de tos, fiebre, gripe, dolor de cabeza, síntomas que pudieran estar asociados a las características del contexto, ya que la sierra es una zona fría, boscosa, con vientos constantes.

Atención

Los adultos mayores refirieron acudir siempre al centro de salud o clínica más cercana cuando tienen algún problema de salud. Este lugar en ocasiones se ubica a una distancia considerable, que implica varias horas de camino, sobre todo cuando no se dispone de transporte público o de algún conocido que tenga vehículo.

- “- ¿Y dónde está la clínica?
- Abí mero Tecorichi, le dicen su nombre, mero Tecorichi onde está la clínica
- Pero estamos hablando que de aquí a Tecorichi ¿cómo cuánto tiempo es?,
caminando, porque no hay transporte.
- ¿Aquí, aquí onde vivo yo? Media hora pa' llegar.
- Media hora caminando para llegar a Tecorichi.
- Sí, sí.
- ¿Y abí va al centro de salud?
- Sí.”

En las comunidades no cuentan con prestadores de servicios de salud permanentes y los servicios funcionan en un esquema de visitas regulares que se mueven en un rango de entre cinco y quince días, periodo en el cual acuden a la comunidad y dan consulta médica a la población.

El curandero, aunque esté presente en la comunidad, no es un recurso al que los adultos mayores referan acudir frecuentemente, al menos no lo hacen como primera opción, sino hasta que tienen un problema de salud persistente o ante la imposibilidad de trasladarse al centro de salud.

Es común que los propios adultos mayores tengan conocimiento sobre hierbas medicinales y sean ellos mismos quienes busquen y preparen algún remedio para sus malestares.

El miedo también es un sentimiento que está presente cuando deciden a quién consultar para atender algún problema de salud. Perciben una suerte de distancia cultural que hace que no se sientan cómodos con el médico alópata que los visita, y en este caso prefieren la automedicación tradicional para resolver su problema de salud.

- “ (...) comenta él de que muchas veces ellos no acuden a un centro de salud por miedo, a pesar de que los doctores pues sí dan buen, buen medicamento. Comenta él que, que muchas veces no acuden a un centro de salud, ya lo comentaba ahorita, de que bajan pues, médicos a curar aquí dentro de la comunidad, entonces no pueden ir, no pueden ir porque allá los dejan solos (...) y, este, cuando hay así como, [cuando tienen alguna enfermedad], algunas camionetas [van a la cabecera] o [transportan] algún mueble [aprovechan] para acercarse a Guachochi
- ¿Por qué, por qué tiene miedo, a qué tienen miedo?
- Dice él que uno de los miedos puede ser que ellos están así, están acostumbrados. A pesar de que hay pues, médicos, médicos buenos, saben pues, ellos de que, de que hay un médico, así están pues, acostumbrados.
- Y entonces cuando tienen algún problema como el que me mencionó de tos o algún dolor, ¿qué es lo que hacen ellos para, para poderse cuidar eso o para poderse curar?
- Comenta él que existen algunas hierbas, que hay otras hierbas que sirven pues, que están más, más arriba, entre los cerros. Hay hierbas pues, que [sirven para curar].
- ¿Él conoce esas hierbas o tiene que consultar a alguien para saber qué tomar?
- Sí [él las conoce].”

Obstáculos

Los médicos que llegan a la comunidad, además de que no lo hacen con mucha frecuencia, por lo general no son hablantes del rarámuri, lo que dificulta la comunicación con la gente. Esta situación les hace consultar al curandero (owiruame), quien sí habla su misma lengua, aún cuando la consulta represente un costo para ellos. Las grandes distancias se convierten también en un obstáculo para poder recibir atención, muchas veces tienen que recorrerlas a pie debido a que no hay transporte público disponible.

3.3. Percepción de los adultos mayores de Guerrero - Grupo náhuatl

Bienestar

Los adultos mayores refirieron como principales padecimientos los siguientes: calambres, hipertensión arterial, gripa y tos, fiebre, artritis, dolor de huesos, molestias en la espalda, dolor en los pies al caminar, pies hinchados. En este sentido, perciben su estado de salud como regular. El hecho de que tengan hijos no se traduce en un apoyo para atender sus padecimientos; opinan que la red familiar no siempre es garantía de contar con ese apoyo.

Se percibe en ellos la presencia de secuelas de alguna enfermedad o dolencia no atendida en su momento. Los problemas de los huesos, muchas veces producto de caídas o accidentes en el campo, forman parte de su cotidianidad, y con ellos continúan realizando sus actividades domésticas y laborales.

Atención

En aquellas comunidades donde no hay centro de salud, una unidad móvil de salud hace visitas mensuales, en las que revisa a todos los adultos mayores. Si antes de la visita ellos tienen alguna necesidad de salud que atender, consultan con la auxiliar de salud que es una mujer de la comunidad. Si ella no puede resolver su problema, entonces van a las cabecera de la comunidad o al lugar más cercano donde haya centro de salud; este viaje a veces lo hacen a pie, tardando alrededor de una hora que es lo que demoran en atravesar el cerro que los separa de la cabecera.

No refieren la visita a médicos tradicionales o curanderos, de manera que dependen totalmente de estas acciones. Ante la posibilidad de elegir dijeron preferir al médico alópata.

Han tenido que recurrir a la consulta médica privada, cuyo costo, refieren, es de entre \$300 y \$400. En la comunidad donde hay centro de salud, los adultos mayores acuden a ella pero no siempre resuelven sus problemas de salud; algunos dicen que no siempre hay quien los atienda y otros, cansados de tanta visita sin resultado favorable, eligen usar remedios naturales o automedicarse.

“ (...) una vez me caí y no podía sentarme, pues; como vive un hermano ahí cerca, ellos me llevaron pa' llá bajo, pues, porque allá atienden, pues, más

rápido.

- Allá ¿aquí no atienden bien?

- No, es que aquí pues, le dan una calmadita pues, no 'más, (...) a veces no está la doctora, como vive en Acapulco y se va de viernes y sábado, el domingo y hasta el lunes en la mañana llega y a veces pa' decir una está enfermo; pues no, no: tiene que esperar hasta el otro día, o tres días cuatro días.

- ¿Si se presenta aquí el fin de semana no hay servicios de salud?

- No, na' más en la semana pues.

- Nada más en la semana ¿entonces ustedes a dónde se van, a Zapotitlán?

- No, aquí luego, aquí en Acopexco también hay un [doctor] (...).

- ¿Y cuánto cobra?

- 40 pesos cada inyección (...)."

Identifican en la comunidad a pocos médicos tradicionales (entre ellos un sobador, al que acuden para atender sus malestares del cuerpo) o curanderos, quienes no siempre están disponibles. No obstante, el principal obstáculo es el costo de la consulta.

Obstáculos

Uno de los principales problemas que identifican es la falta de medicamento disponible para venta en la comunidad o cerca de ella, de manera que tienen que buscarlo en comunidades alejadas, lo que incrementa el gasto de bolsillo al sumarse el costo del transporte. Esta situación los orilla a situaciones extremas como lo que se menciona en este testimonio:

" (...) ellos dicen que se ponga algo donde haya medicamento para que, este, la gente [que] se enferma lo van a comprar, pero saben que les va a servir. Ellos no quieren comprar las cosas lejos como es Chilapa, Tlapa porque, este, dicen que es un gastadero de dinero y aparte el medicamento, y entonces, si están las cosas aquí, pues aquí las pueden comprar.

- Ah ¿entonces les gustaría que hubiera más, pero aquí?

- Ajá, sí, donde pudieran comprar.

- (...) Y ahora entonces, si tienen ese problema para conseguir medicamento ¿cómo le hacen?

- Pues la gente en veces se deja morir pues, no se quieren curar; se deja morir la gente porque como no tienen dinero dicen -voy a ir, ahora pa' que me atiendan... y el medicamento está bien caro, comprarlo está bien carísimo y luego salir fuera de aquí-."

Para hacer frente a estos gastos algunos deben vender lo que siembran: maíz o haba.

Otro de los obstáculos a los que se enfrentan es que los prestadores que los visitan (el médico y la enfermera) no hablan lengua náhuatl, lo que hace difícil la comunicación con la población. La auxiliar médica, que es una persona de la comunidad, es la que apoya con la traducción.

Cuando deben acudir a otros lugares, como por ejemplo para comprar medicinas,

donde tampoco hablan náhuatl, las personas se llevan a sus hijos, quienes por lo general son bilingües, para que les apoyen; cuando esto no es posible, los hijos les anotan lo que necesitan en un papel, y entonces los adultos mayores muestran este papel al empleado o encargado del lugar.

3.4. Percepción de los prestadores de servicios de salud

Los prestadores de servicios mencionaron como necesario para la atención de los adultos mayores lo siguiente:

- Un consultorio bien equipado, con nebulizador, baumanómetro y medicamentos específicos para diabéticos e hipertensos.
- Un médico y una enfermera exclusivos para los adultos mayores.
- Más promotores para ir a los domicilios, organizar actividades que necesitan como por ejemplo ejercicios o pláticas dedicadas a la alimentación.
- Actualización del personal para la atención de los adultos mayores.
- Un nutriólogo que implemente un programa de alimentación.
- Aprender la lengua indígena local.
- Apoyo de ambulancia o transporte gratuito para cuando se les refiere a las unidades de atención especial para la atención a enfermedades crónico-degenerativas y grupos de autoayuda.
- Contar con alguna casa en las cabeceras municipales, que brinde atención integral.
- Un internista o un gerontólogo.
- Un psiquiatra o psicólogo y un odontólogo.

4.

Modelo de atención

A partir de la información antes presentada se propone el siguiente modelo de atención que contempla seis áreas estratégicas, señala elementos necesarios para su implementación y sugiere algunos indicadores de factibilidad.

Áreas estratégicas:

- 1.- Epidemiología Sociocultural
- 2.- Recursos locales de atención a la salud
- 3.- Participación comunitaria
- 4.- Estrategias de comunicación en salud
- 5.- Intersectorialidad
- 6.- Sustentabilidad

A continuación se describe cada una de estas áreas.

I. Epidemiología sociocultural

Esta área enfoca las tareas de prevención y atención a los principales problemas y necesidades de salud que tienen los adultos mayores indígenas. La identificación de estas necesidades de salud tiene que ser una tarea permanente que se esté actualizando constantemente, ya que irá definiendo la actuación coordinada en las comunidades de manera que el modelo se base, no en las metas normativas del sector salud sino en estas necesidades identificadas, incluyendo las enfermedades de filiación cultural. Esta estrategia incorpora la metodología del consenso basada en el logro de la participación conjunta informada, el diálogo y el intercambio de experiencias (Cunningham, 2002); está encaminada a la apropiación y el compromiso por parte de la comunidad en el cuidado de su salud, y considera la participación de las autoridades indígenas, maestros, organizaciones de base, autoridades locales, médicos tradicionales y otros actores que sean reconocidos como líderes comunitarios, ya que el papel organizador de éstos resulta muy importante.

2. Recursos locales de atención a la salud

Dada la vigencia de la medicina tradicional en las comunidades indígenas, la participación de médicos tradicionales que dan atención a la población es prioritaria. Éstos deben seguir dando atención en sus hogares, pero también se debe asegurar

su presencia en los centros de salud disponibles y en los espacios habilitados para la atención médico-alópata. En cualquier caso, los médicos tradicionales deben estar en permanente contacto y comunicación con el personal de salud asignado a las comunidades.

Es necesario capacitar a promotores interculturales de salud, que deberán ser miembros de las propias comunidades elegidos por ellas. Esta estrategia ha sido de gran relevancia y ha marcado una diferencia importante en modelos donde ha sido utilizada (Organización Gonawindúa, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2003). Además, estos promotores deben ser bilingües –hablantes de lengua indígena local y español–, saber leer y escribir, y mostrar un interés y compromiso de trabajo con estas acciones de vigilancia y atención a la salud de los adultos mayores. Sus principales funciones son: hacer visitas domiciliarias en las comunidades para detectar problemas de salud, proporcionar asesoría a la familia para el cuidado de los adultos mayores, prescribir tratamiento para padecimientos de manejo primario y comunicar a la secretaría de salud sobre alguna urgencia médica para que se traslade la persona a un centro de salud u hospital, así como llevar un registro de todas estas acciones.

En esta estrategia se contempla también la sensibilización intercultural del personal de salud, según asignación de la Jurisdicción Sanitaria de la zona, para lograr una prestación de servicio adecuada a las comunidades indígenas y un intercambio médico-cultural con base en el respeto y la complementariedad.

3. Participación comunitaria

Esta área toma en consideración el papel de la población en la planeación de las acciones que contempla el modelo y otras que se identifiquen como necesarias para mejorarlo, así como en la vigilancia de la salud, la administración de recursos y la propia prestación de servicios. Si bien este modelo de atención es una acción coordinada de varios actores, es importante resaltar que tiene un importante componente comunitario de participación activa y permanente, tanto en la toma de decisiones como en la puesta en marcha de las acciones concertadas. Por ello, en este modelo se pretende promover la participación a través de pláticas en las comunidades, que sean a su vez promovidas por medio de asambleas comunitarias. Toda decisión que tenga que ver con la salud de los adultos mayores debe ser tomada en forma colectiva.

Esta estrategia se ha identificado como fundamental, especialmente en espacios con alto aislamiento geográfico y que reciben la visita de un equipo médico profesional de manera esporádica, como es el caso de la zona tarahumara. Diversas publicaciones han señalado la necesidad de potenciar estrategias familiares y comunitarias para el cuidado de la salud en estos lugares (Ibacache y Leighton, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2003). Además, este enfoque participativo coadyuva en la recuperación de la confianza de las comunidades en el trabajo colaborativo (OPS/OMS, 1997).

4. Estrategias de comunicación en salud

En esta área se considera el desarrollo de materiales de comunicación con adecuación intercultural de manera que se promueva la etnoeducación en salud; mismos que deben ser elaborados con la participación de miembros de las comunidades. Se puede hacer una serie radiofónica a través de la cual se promuevan estrategias del cuidado de la salud de los adultos mayores. También se pueden producir carteles y/o folletos que resuman consejos o recomendaciones por medio de dibujos; o bien, videos, en cuyo guión y elaboración participe la población local. Estos materiales pueden distribuirse en las comunidades y servir como apoyo para los adultos mayores y sus familias. Los programas radiofónicos se difunden a través de la radio local mientras que los videos se presentan en asambleas. Los carteles son colocados en lugares comunitarios estratégicos, incluyendo el centro de salud y el espacio habilitado para el trabajo del médico tradicional; mientras que los folletos se reparten en forma personalizada.

5. Intersectorialidad

En otros modelos (Pelcastre y cols., 2008) se ha visto que la asesoría permanente es un mecanismo de retroalimentación y seguimiento que fortalece mucho este tipo de estrategias con participación comunitaria. En este modelo se establece un canal de comunicación que vincula a los promotores interculturales con el sector salud (para asesoría técnica) y con asociaciones locales que trabajen con grupos indígenas (para asesoría operativa).

También se promueve la creación de una red de colaboración entre el sector salud, organismos locales y organizaciones de la sociedad civil, si las hubiera, de manera que se conjuguen esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores indígenas.

6. Sustentabilidad

Marco

La sustentabilidad de este proyecto se basa en la acción permanente y comprometida de los diferentes actores a fin de garantizar la permanencia y reproducción del modelo.

Implementación

El operativo de campo para la implementación de estas acciones incluye, en primer lugar, una tarea de concertación con las máximas autoridades locales de las comunidades. Sobre esta base se puede establecer un vínculo con la población que permita definir estrategias y ejes de participación, así como la organización de las actividades concretas. El equipo responsable de la implementación lleva a cabo tareas de coordinación y concertación, procurando los encuentros colectivos entre autoridades y población. Todos los acuerdos deben ser tomados de forma colectiva, y en el seguimiento participan el equipo responsable, las asociaciones participantes la población y los servicios de salud. Las acciones mencionadas en esta propuesta son todas perfectibles y quedan abiertas a la incorporación de otras estrategias identificadas por la población en el proceso de organización.

Evaluación

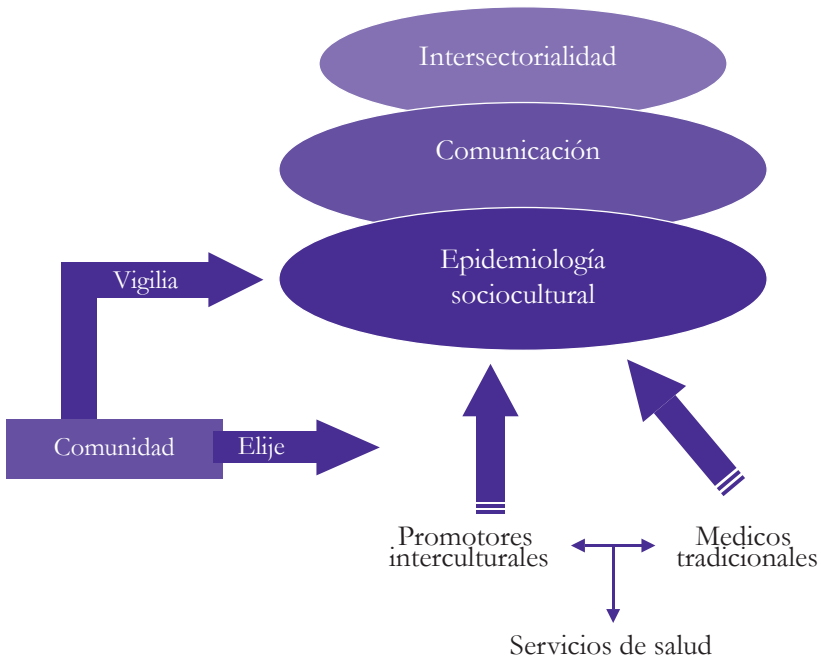
La factibilidad del modelo se puede evaluar con base en los siguientes indicadores cuantitativos:

- a) Número de personas atendidas
- b) Número de promotores locales capacitados y en funciones
- c) Número de prestadores de servicios de salud sensibilizados
- d) Número de médicos tradicionales participantes
- e) Número de actividades de difusión
- f) Materiales producidos
- g) Número de referencias al segundo nivel de atención
- h) Número de acciones de capacitación y temas cubiertos
- i) Número de acciones de prevención y promoción implementadas en las comunidades

La aceptabilidad se puede evaluar a través de entrevistas a los actores participantes para identificar diversos elementos tanto entre los proveedores de servicios como entre la población. En el caso de los proveedores de servicios, se buscará identificar el nivel de satisfacción con la capacitación, el grado de compromiso para el trabajo multidisciplinario (promotores interculturales, médicos tradicionales y servicios de salud) y la percepción de la participación comunitaria, de la utilidad de las estrategias de comunicación en salud y del apoyo intersectorial. En la población, se identificarán la satisfacción con la atención recibida, el compromiso con su autocuidado y la percepción del apoyo brindado por los proveedores.

En la siguiente figura se muestra el modelo propuesto.

Figura 1.
Modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores



Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto de investigación "Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas", financiado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT 087123.

Referencias

1. CDI(a). Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. México: CDI, 2006.
2. CDI(b). Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Regiones indígenas de México / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Coord. Enrique Serrano Carreto. México: CDI: PNUD, 2006.
3. CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población de la CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006: p.22
4. CONAPO. Consejo Nacional de Población. Índices de marginación a nivel de localidad 2005. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/> Consultado el 5 de junio de 2008.
5. CONAPO. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2005-2050. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm> Consultado el 6 de marzo de 2008.
6. Cunningham M. Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua. Washington, DC.: OPS/OMS, 2002.
7. DEGPLADES. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Disponible en: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/Enfoque%20intercultural.pdf> /http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/dmtdi/barreras_culturales.pdf Consultado el 2 de junio de 2008.
8. Ibacache, J y Leighton A. Salud colectiva: un modelo de atención de salud contextualizado. Chile: Departamento Provincial de Salud de Chile, 2005.
9. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 2005, 2008. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10215> Consultado el 17 de mayo de 2010.
10. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: “Logros y Desafíos en la Región de las Américas”. Washintong, D.C.: OPS/OMS, 2003.
11. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas. Washintong, D.C.: OPS/OMS, 1997.
12. Organización Gonawindúa Tayrona y Gonawindúa Ette Ennaka IPS

Indígena. Ley de Se Seyn Zare Shenbuta. Salud indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta. Bogotá: Sirga Editor, 2009.

13. Reyes L. Población indígena mayor. El envejecimiento de la población zoque de Chiapas. Demos 14, 2001: 29-30.

14. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.

15. Partida V. Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. Demos 2001: 6-7.

16. Pelcastre, B. y cols. La experiencia de la Casa de la Mujer Indígena: sistematización y evaluación del proceso. Resumen ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-CONACyT, 2008.

**Modelo de atención a la salud para adultos
mayores en zonas indígenas**

RESUMEN • EJECUTIVO

Se terminó en Abril de 2011
La edición consta de 1000 ejemplares

México está viviendo un acelerado proceso de envejecimiento de su población. No obstante, este proceso no se puede caracterizar de igual forma para todos los ancianos. De acuerdo con datos demográficos, el envejecimiento registra un proceso más intensificado entre la población indígena. En las comunidades indígenas convergen condiciones sociales que hacen a estas poblaciones altamente vulnerables, lo cual se refleja en sus deficientes condiciones de salud. Esta situación se agrava por las barreras para el acceso a atención médica oportuna y por la falta de una estrategia específica que tome en cuenta las características socioculturales y las necesidades de la población.

Enmarcado en una perspectiva etnogerontológica, este trabajo desarrolla un modelo de atención integral en salud, interculturalmente apropiado, que responde a las necesidades de las y los indígenas adultos mayores de 60 años.

Este estudio permitió detectar que los adultos mayores indígenas no cuentan con un esquema de protección social, además de que dada su edad avanzada, suelen padecer problemas de salud que tienden a la cronicidad y a agravarse por la falta de atención oportuna. A pesar de que los indígenas mayores suelen acercarse a los centros de salud de la Secretaría de Salud, estos centros carecen de recursos humanos formados en atención geronto-geriátrica intercultural. Además de que la lengua es el principal obstáculo para el encuentro entre los prestadores de atención a la salud y la población, la ubicación de algunas comunidades indígenas hace difícil la presencia permanente de personal de salud que brinde atención continua. Es por esto que los médicos tradicionales son un recurso importante.

El modelo de atención propuesto contempla seis áreas estratégicas, señala elementos necesarios para su implementación y propone algunos indicadores de factibilidad.



Instituto Nacional
de Salud Pública

